URGENCES 2012

sfmu · SAMU DE FRANCE · CO FONDATEURS

Chapitre 103

Tutorat des nouveaux professionnels infirmiers dans les services d'urgence

T. Bastide

Points essentiels

- La notion de tutorat a été fortement popularisée ces dernières années dans le champ professionnel infirmier, mais elle concerne encore peu les nouveaux professionnels intégrés dans les services de soins.
- Le tutorat présente des fonctions pédagogiques, de socialisation, de management et d'encadrement.
- L'organisation et le contexte des services d'urgence rendent particulièrement pertinents de tels dispositifs.
- Le tutorat présente de forts intérêts pour le tutoré, le tuteur, le service et les usagers.
- Un certain nombre de recommandations concernant l'organisation du dispositif et le choix des tuteurs peut être formulé, mais celles-ci doivent avant tout être adaptées à leur contexte.
- Des outils de suivi et d'évaluation sont nécessaires à la mise en œuvre d'un tutorat efficient.
- Les principaux freins à la mise en place d'un tutorat peuvent être dépassés s'ils sont correctement analysés et intégrés en amont, puis suivis au quotidien.

Correspondance : Théophile Bastide, Service des Urgences, Hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise Paré, 75010 Paris. Tél. : 01 49 95 64 54. Fax : 01 49 95 89 64. E-mail : theophile.bastide@lrb.aphp.fr

1. Introduction : Définition et évolution historique du tutorat

Aborder le tutorat des nouveaux professionnels infirmiers dans les services d'urgence demande tout d'abord à définir ce que nous entendons par « tutorat ». En effet, ce terme, dont la diffusion dans le champ professionnel infirmier s'est considérablement accélérée ces trois dernières années, recouvre un grand nombre de formes. La notion de tutorat s'est grandement enrichie depuis son origine latine « *tutor* », de « *tueri* », protéger, pour aboutir au concept pédagogique qu'elle constitue à l'heure actuelle. Dans le champ professionnel, il semble qu'un certain consensus se soit formé autour d'une définition large du concept : « ensemble des activités mises en œuvre par des professionnels en situation de travail, en vue de contribuer à la production ou à la transformation de compétences professionnelles » (1).

Le tutorat n'est donc bien évidemment pas d'apparition récente. Dès le Moyen-Âge, les corporations entendent organiser l'apprentissage des métiers en instaurant des règles de formation et établissant des contrats entre « maîtres » et « apprentis » : durée de formation, rémunération, répartition des apprentis, accomplissements des rites,… (2). Si la Révolution Française met un frein à l'évolution de ces corporations, le XXe siècle repositionne l'entreprise comme lieu de socialisation et de professionnalisation, principalement depuis les années 1970-1980, suite à plusieurs réformes de la formation professionnelle (3). Ainsi en est-il des contrats de professionnalisation, introduits en 2004, incitant à la mise en œuvre de dispositifs de tutorat dans les entreprises privées (4). Comparativement, le milieu hospitalier, en particulier paramédical, paraît ne s'être intéressé que tardivement à ce type de dispositifs.

2. Place actuelle du tutorat dans le champ professionnel infirmier

Peu d'écrits nous permettent d'évaluer l'évolution et la prégnance des systèmes de tutorat infirmiers en milieu hospitalier. Chaque établissement, chaque unité de soins, semble ainsi avoir construit des dispositifs spécifiques d'intégration et de suivi des nouveaux professionnels, sans réelle convergence, s'adaptant chacun à son environnement, ses spécificités, mais également à ses contraintes (difficultés de recrutement et de fidélisation, temps disponible pour l'accompagnement et la formation,…). Deux réformes d'importance ont cependant récemment placé le tutorat comme une méthode pédagogique efficiente dans le champ professionnel infirmier : l'instauration en 2006 d'un tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie (5), et la mise en œuvre du nouveau programme d'études en 2009 (6).

Le Plan National « Psychiatrie et Santé Mentale » 2005-2008 a ainsi établi un tutorat formalisé des nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, associé à une formation théorique, l'ensemble faisant l'objet de cahiers des charges précis et de

financements correspondants. Si l'application réelle de la circulaire de 2006 paraît rencontrer encore à l'heure actuelle de nombreux obstacles, il semblerait qu'une réelle évolution de l'intégration et du développement des compétences des nouveaux professionnels soit constatée (7).

Plus récemment, l'application du nouveau référentiel de formation infirmière depuis septembre 2009 dans les unités de soins a fortement contribué à la diffusion de la notion de tutorat, mais également des méthodes pédagogiques qui lui sont afférentes. En effet, cette réforme d'ampleur a grandement questionné les pratiques pédagogiques des professionnels hospitaliers. Généralement associée à la mise en place de groupes de travail *ad hoc* et de formations spécifiques (encadrement de proximité, tutorat), elle a ainsi permis aux professionnels de s'approprier certaines méthodes pédagogiques jusqu'alors peu abordées en formation initiale, dans une perspective socioconstructiviste favorisant la réflexivité des étudiants. Si ces méthodes rencontrent nombre de questionnements et craintes de la part des professionnels, ainsi que des obstacles pratiques (manque de disponibilité, besoin de formation dépassant l'offre), une réelle dynamique s'est instaurée dans la plupart des unités cliniques, constituant une base solide pour la mise en place d'autres dispositifs pédagogiques.

3. Les principales fonctions du tutorat

Le tutorat revêt trois principales fonctions (3), dont la pondération sera en grande partie dépendante des dispositifs mis en œuvre, mais également des compétences des tuteurs:

3.1. Une fonction pédagogique

Essence même de la fonction tutorale, bien souvent citée comme objectif principal voire unique du dispositif, cette fonction a pour objet le développement des compétences du tutoré *via* son accompagnement en situation de travail. Cette fonction permet ainsi une optimisation de l'adéquation entre les compétences attendues et les compétences réelles de l'apprenant. Cette fonction inclut également des tâches d'évaluation, qui devront, comme nous le verrons, être clairement réparties et coordonnées entre le tuteur et le cadre de santé.

3.2. Une fonction de socialisation

Fréquemment considérée comme constituant un bénéfice secondaire pour l'apprenant, la fonction de socialisation, ou d'accompagnement social, n'en est pas moins une composante majeure à prendre en compte dans l'organisation du dispositif et le choix des tuteurs. Le tutorat s'avère ici générateur de lien social, défini comme « ce qui maintient, entretient une solidarité entre les membres d'une même communauté […], comme ce qui lutte en permanence contre les forces de dissolution toujours à l'œuvre dans une communauté humaine » (8). En effet, le tutorat, en formalisant des échanges basés sur une relation de confiance

entre tuteur et tutoré, permet à ce dernier d'accéder à des savoirs relationnels, à des « manières de faire et d'interagir » spécifiques au service, facilitant son intégration.

3.3. Une fonction de management et d'encadrement

Cette fonction comprend des tâches de planification et d'organisation de l'intégration et du suivi des nouveaux arrivants, mais également de coordination avec les différents professionnels et intervenants dans l'apprentissage. Elle inclut également des tâches relevant de pratiques d'encadrement, par une répartition adaptée du travail des apprenants, « en exprimant des exigences en terme d'obéissance, d'assiduité, d'activité, de tenue » (3). Cette fonction fait néanmoins l'objet de grandes variabilités en fonction de la définition des missions du tuteur fixée dans chaque entreprise.

4. Les structures d'urgence, des organisations de choix pour l'implantation de dispositifs tutoraux ?

Les structures d'urgence sont pour la plupart confrontées, à l'instar de l'ensemble des autres organisations hospitalières, à de fortes problématiques de ressources humaines, dont la manifestation la plus visible est la diminution progressive de l'expérience professionnelle des agents qui y travaillent. L'ensemble des observateurs s'accorde en effet pour constater les difficultés actuelles de recrutement du personnel infirmier dans un grand nombre d'établissements de santé, principalement dues à une démographie des professions paramédicales ne pouvant répondre à la demande, même si la « pénurie » constatée au début des années 2000 n'est plus d'actualité (9).

L'organisation des services d'urgence rend particulièrement prégnant l'impact de la situation sur la qualité et la sécurité des soins. En effet, eu égard à la diversité des pathologies qui y sont traitées, à leur flux variable et à leur organisation en secteurs différenciés, les services d'urgence exigent des professionnels infirmiers un large éventail de compétences, allié à une grande adaptabilité. Or, en tant que capacité à « agir et réagir de manière appropriée dans une situation de travail » (10), la compétence des infirmiers se construit par l'intermédiaire d'un processus qui se nourrit des expériences de chacun, et se construit « dans et par l'action ». Ainsi, la complexité et la variabilité des situations rencontrées quotidiennement par un infirmier en service d'urgence demande un travail majeur de mobilisation et de combinaison de savoirs théoriques et pratiques, ainsi que d'autres ressources (collègues, outils d'aide au tri, procédures de soins,…), qui ne peut se développer sans une grande expérience de terrain. La fonction d'accueil et d'orientation ne constitue ainsi que la partie la plus visible et spécifique d'une nécessaire pluricompétence professionnelle rendant plus qu'indispensables des dispositifs d'apprentissage structurés et formalisés.

De plus, les services d'urgence, par leurs effectifs importants, mais également leur pluridisciplinarité, sont un lieu où la problématique de la construction et du maintien du lien social entre professionnels s'avère particulièrement aiguë. La fonction socialisatrice du tutorat s'avère y être alors particulièrement précieuse.

5. Intérêt de la mise en place d'un dispositif de tutorat

5.1. Intérêt pour le tutoré

Principal acteur du dispositif, le tutoré bénéficie d'un apprentissage théorique et pratique optimisé, accompagné et individualisé, ainsi que d'une intégration facilitée dans l'équipe de travail. Il peut ainsi « appliquer ses connaissances théoriques sur le terrain par des actions répétées, des erreurs rectifiées, des pratiques stabilisées en situation réelle » (11). En effet, l'apprenant, par son observation répétée des pratiques du tuteur, mais également d'autres professionnels, peut construire progressivement ses compétences sur des bases solides, l'observation contribuant à « la transmission sociale et culturelle des connaissances, des valeurs, des croyances, des attitudes et des normes établies, mais aussi des nouvelles idées et des nouveaux comportements » (12). En facilitant et formalisant la communication entre tuteur et tutoré, le dispositif optimise également la « conceptualisation du réel, transmise par autrui par l'intermédiaire du langage » (13). Or, cette étape de conceptualisation s'avère nécessaire pour le transfert des savoirs dans d'autres situations. La relation tutorale permettra ainsi à l'apprenant de diminuer la distance qu'il peut appréhender initialement entre le « travail prescrit » (par le médecin, les procédures, les normes) et le « travail réel », adapté par les travailleurs au contexte de production.

Par ailleurs, ce mode d'apprentissage, à l'inverse de modalités plus « passives » (formations détachées du processus réel de soins, intégration sans réel suivi), lui permettent d'être « acteur de sa formation » et de développer une autonomie au travail. En effet, la compétence ne résulte pas d'une simple addition de ressources, mais d'un processus combinatoire complexe qui permet l'adaptation au plus juste de la réponse à la situation (10). Or cette combinatoire ne peut se construire par un simple processus d'imitation de l'autre. Une fois l'activité réalisée, le processus d'apprentissage se poursuit par des échanges sur les modalités de sa réalisation ou ses résultats, avec le tuteur. Un tutorat organisé, permettant des espaces d'explicitation du travail entre pairs, permet aux infirmiers de construire un discours réfléchi sur leurs actions, d'établir des liens théoriques entre soins réalisés, contexte et savoirs. Ce processus de « mise en récit » est tenu comme essentiel dans l'apprentissage expérientiel, puisqu'« il faut rendre l'action consciente pour en faire un objet de réflexion » (10).

Enfin, comme nous avons pu le voir, le tutorat, par l'accompagnement humain qu'il propose, facilite la socialisation du nouveau professionnel dans l'équipe soignante. Ceci est d'autant plus prégnant dans des services accueillant régulièrement des professionnels nouvellement diplômés, qui n'ont été, pour la plupart,

que très peu confrontés aux réalités de la vie hospitalière. S'il a été démontré que le tutorat permet un meilleur vécu de l'expérience de travail et peut prévenir certains troubles somatiques ou psychologiques (14), il est également important de prendre en compte l'influence du lien social sur le développement et l'expression des compétences des professionnels. Le tutorat, en proposant un espace de communication privilégié, permettant une meilleure inter connaissance dans l'équipe de travail, favorise la construction de liens d'obligation entre les interlocuteurs, ce qui influence directement les apprentissages des infirmiers. De plus, en favorisant collaboration, solidarité et confiance, le développement de relations de proximité entre professionnels permet de favoriser l'expression de leurs acquis. Enfin, les processus motivationnels sont favorablement influencés par les relations de travail (15). Ainsi, la socialisation facilitée des professionnels constitue un facteur d'influence important sur le développement de leurs compétences.

5.2. Intérêt pour le tuteur

Le tuteur, engagé dans une relation pédagogique individualisée, y trouve l'occasion de développer un grand nombre de compétences, correspondant aux trois fonctions principales du tutorat que nous avons étudiées. En effet, par l'accompagnement qu'il peut proposer à l'apprenant, mais aussi et surtout par le retour qu'il pourra en obtenir, le tuteur développe des compétences pédagogiques, apprenant à adapter son discours et ses méthodes aux compétences et caractéristiques du tutoré. De plus, en facilitant la socialisation du nouveau professionnel, il renforcera ses propres compétences relationnelles, utiles à ses pratiques de travail, mais pouvant également favoriser son développement personnel. Par ailleurs, en organisant l'apprentissage du tutoré, en participant à son processus d'évaluation et en encadrant ses activités, le tuteur développe des compétences managériales certaines.

Plus globalement, la fonction tutorale, qui demande une explicitation et une analyse complexe du travail, permet au tuteur de développer des compétences de réflexion et d'analyse des situations, puisqu'il « met en mots ses propres pratiques réalisées auparavant de façon plus ou moins inconsciente » (16). Ceci facilitera ainsi le transfert de compétences dans d'autres situations. Par ailleurs, comme l'exprime Richard Wittorski [1], « cette activité d'explicitation [...] conduit à développer un regard sur soi, sur ses pratiques et ses propres capacités d'action par une prise de recul vis-à-vis de l'action », permettant au tuteur de pouvoir dire : « Je sais maintenant ce que je sais faire et comment je le fais et ce que je ne sais pas faire » (16).

L'ensemble de ces apports permet alors de développer la motivation et l'épanouissement professionnel du tuteur, l'acte même de désignation comme tuteur constituant « un mode direct de reconnaissance de ses qualités professionnelles, pédagogiques et managériales » (11). Par ailleurs, la position du tuteur le valorise

1. Maître de conférences, Université Paris V, Centre National des Arts et Métiers, Paris.

au sein de l'équipe de travail, ceci dépendant néanmoins de la position de l'individu dans le système d'interactions constitué par le service. Enfin, l'ensemble des compétences développées par le tuteur peut permettre à celui-ci, en choisissant de les valoriser et de les développer, de construire un projet professionnel pertinent, pouvant mener à des fonctions d'encadrement ou de formation.

5.3. Intérêt pour le service et les usagers

De la mise en œuvre d'un tutorat adapté résulte, comme nous avons pu le voir, le développement des compétences individuelles des nouveaux professionnels et des tuteurs, mais aussi l'optimisation des interactions entre professionnels. Ainsi, les compétences collectives de l'entreprise, définies comme « un effet de composition résultant de la qualité de la coopération entre les compétences individuelles » (10), s'y voient grandement développées. Ceci est d'autant plus utile à l'heure actuelle que l'adaptabilité, la flexibilité dont ont besoin nos organisations pour répondre à leur contexte contraint, reposent en grande partie sur ces compétences collectives. Le tutorat peut ainsi contribuer de manière particulièrement adaptée à la transmission et à la collaboration intergénérationnelle, bien souvent fragilisée (14). En parallèle, par une meilleure gestion prévisionnelle des connaissances et compétences, une organisation de type tutorale peut permettre de pallier, en partie, une « fuite des compétences » à laquelle une politique de fidélisation ne peut répondre seule.

Par ailleurs, en revalorisant le travail, en permettant un meilleur partage de la culture soignante et en responsabilisant l'ensemble des professionnels, ce type de dispositif véhicule une réelle dynamique de travail pouvant favoriser la réalisation de chacun à son poste de travail, en offrant de réelles ouvertures professionnelles.

Enfin, d'un point de vue organisationnel et financier, les dispositifs tutoraux ont l'avantage de ne nécessiter aucun financement direct, de potentiellement pouvoir diminuer le turn over (ou tout du moins les échecs d'intégration), et de permettre une meilleure identification des compétences stratégiques.

L'ensemble de ces dispositions ne peut qu'être bénéfique pour les usagers des services d'urgence, pour lesquels l'optimisation des compétences individuelles et collectives ne peut qu'améliorer la qualité de la prise en charge et en diminuer les risques, particulièrement prégnants en médecine d'urgence.

6. Quelles modalités organisationnelles ?

Formaliser un dispositif d'apprentissage incluant une organisation tutorale demande aux équipes managériales une gestion de projet concertée et planifiée, avec le soutien constant d'une hiérarchie impliquée dans la réflexion. En effet, un système pédagogique d'une telle envergure ne saurait fonctionner sans l'adhésion du plus grand nombre, tant en terme d'objectifs que d'organisation. Le tutorat pouvant revêtir une multiplicité de formes, potentiellement pertinentes selon le

contexte dans lequel elles s'inscrivent, il ne saurait y avoir une seule forme viable et pédagogiquement efficiente. Il paraît alors intéressant de faire participer au projet non seulement des professionnels du service (du nouvel arrivant aux professionnels experts), mais également des responsables de formation voire des formateurs en formation initiale, qui disposent d'une bonne connaissance des compétences, caractéristiques et axes de progrès des professionnels nouvellement diplômés.

Il paraît nécessaire, en amont du projet, d'étudier les objectifs du dispositif, en matière de compétences attendues du nouveau professionnel. En effet, comment accompagner et évaluer un apprentissage sans en avoir référencé les finalités ? En ce sens, les référentiels de compétences construits par la Société Française de Médecine d'Urgence (17, 18) constituent une base de travail solide, permettant l'établissement d'objectifs gradués de développement des compétences.

L'équipe projet doit également décider de l'ampleur du dispositif mis en place : concernera-t-il uniquement le nouveau professionnel pendant sa période d'intégration, ou constituera-t-il un accompagnement à plus long terme ? Ce dernier choix permet une meilleure adaptation au poste de travail, ainsi qu'une dynamique d'apprentissage à long terme bénéfique à tous, en particulier pour l'apprentissage de la fonction d'accueil et d'orientation, distant de l'apprentissage initial. Mais il peut être complexe à mettre en œuvre, et mal compris si mal amené. L'ensemble des modalités organisationnelles doit ainsi être discuté avant mise en œuvre, sous peine de démotivation et d'abandon du projet, ce qui, pour un processus pédagogique visant une socialisation facilitée et contribuant à la valorisation du travail des tuteurs, peut s'avérer destructeur.

Si chaque organisation choisira un mode organisationnel adapté à son contexte démographique et structurel, quelques principes fondamentaux peuvent en guider la construction :

6.1. Importance de l'accueil dans le processus d'apprentissage

L'accueil relève d'un véritable rituel d'interaction (19), ayant pour objectif de rassurer le professionnel sur la manière dont il va pouvoir collaborer avec ses collègues et son encadrement. Les rituels ainsi établis permettent de faciliter les relations sociales, et de développer le lien entre les individus, en confortant chacun dans son identité et son appartenance, le défendant contre l'exclusion (19). Ainsi, il conviendra de s'attacher particulièrement à cette phase, qui permet au nouvel arrivant de se sentir attendu et dores et déjà impliqué dans un processus d'apprentissage.

6.2. Importance de l'observation et de la communication

Comme nous avons pu le voir, ces deux modes d'apprentissage, associant confrontation directe au monde matériel et conceptualisation, sont des moyens privilégiés de développement des savoirs théoriques et pratiques. Si une période initiale d'observations et échanges verbaux avec le tuteur paraît pouvoir faciliter la

compréhension des situations de travail dans un nouvel environnement, il paraît intéressant par la suite de diversifier les apprentissages en permettant à l'apprenant de travailler avec d'autres professionnels du service, tout en maintenant un suivi et des temps d'échange réguliers.

6.3. La pratique comme confrontation au réel

S'inscrivant dans une « logique de l'action », cette modalité d'apprentissage permet de reproduire les situations vécues ou observées dans une organisation temporelle et spatiale (12). Sans mise en pratique, l'apprentissage initial serait « stérile car il resterait sans action ». Ainsi, il est important que, rapidement, l'apprenant puisse se confronter au réel par des mises en situation.

6.4. L'explicitation, facteur déterminant de la transférabilité des acquis

La mise en récit, quand elle est guidée avec pédagogie par le tuteur, permet au tutoré de construire des compétences durables pour son futur exercice professionnel. Il paraît ainsi primordial d'établir et planifier des plages d'échanges formalisés autour des pratiques observées et réalisées, échanges fondés sur les capacités réflexives du nouveau professionnel. L'ensemble favorisera une pédagogie du questionnement, et non de l'apport direct de savoirs, peu efficace pour leur appropriation.

6.5. Différenciation des processus d'évaluation par le tuteur et par le cadre de santé

Enfin, un point essentiel de l'organisation du dispositif sera de clarifier les relations entre autoévaluations de l'apprenant, entretiens de suivi et d'évaluation réalisés par le tuteur, et évaluations par le supérieur hiérarchique. Si l'évaluation hiérarchique doit prendre en compte les compétences développées par le tutoré, et si l'avis du tuteur sur le développement des compétences de l'apprenant doit être pris en compte, il faudra toujours veiller à une différenciation stricte des processus et des relations, sous peine d'entamer la confiance nécessaire aux apprentissages.

À partir de ces quelques principes, chacun pourra ainsi construire un dispositif complexe d'apprentissage, mobilisant plusieurs processus cognitifs, qui se complètent et interagissent. Un parcours adapté à l'expérience antérieure et aux besoins de chacun, fondé sur une évaluation initiale étayée, sera établi et il sera possible de proposer une alternance entre des phases d'observation, d'explications, de mises en pratique et d'explicitation. L'ensemble reposera toujours sur le positionnement du tutoré en tant qu'acteur/producteur de son développement. Par ailleurs, il sera important, tout au long du processus, d'en communiquer clairement et largement les objectifs et modalités, ainsi que de préciser les rôles et missions de chacun: cadre de santé, tuteurs, professionnels de proximité. La construction de procédures, d'un livret d'intégration et de fiches mission pour le tuteur et les professionnels de proximité constituera ainsi une formalisation nécessaire des axes pédagogiques choisis, assurant une diffusion large et explicite du dispositif.

7. Quel profil pour le tuteur ?

Toute organisation qui choisit de développer un projet de tutorat des nouveaux professionnels est amenée à se poser la question des critères de choix des tuteurs. S'il paraît peu adapté de formuler des critères cloisonnant définitivement ces choix, fortement dépendants de leur contexte, certaines caractéristiques paraissent rencontrer une convergence de points de vue.

7.1. Expérience et compétences professionnelles

Si les compétences liées directement au travail infirmier doivent avoir été évaluées comme solides, aucune « expérience minimum » ne peut être formulée. La recommandation formulée pour les tuteurs infirmiers en psychiatrie d'une « ancienneté minimale de cinq années » (5) semble difficilement applicable dans la plupart des services d'urgence, étant donné leur fort taux de turn over. Néanmoins, le choix du tuteur doit tenir compte de cette expérience, mais également de sa connaissance du fonctionnement du service et de l'établissement, données nécessaires à une bonne coordination des acteurs autour du tutoré. L'expertise ne pourra être à elle seule un critère de désignation des tuteurs. En effet, comme l'a très justement souligné Patricia Benner [2] (20), l'infirmier expert atteint un niveau de compétences cliniques l'amenant fréquemment à présenter des difficultés à expliciter son travail, tant l'action lui est devenue « intuitive ». Ainsi, ils ne seront pas obligatoirement les plus à même de transmettre leurs savoirs. De plus, comme nous avons pu le voir, exercer un tutorat de qualité demande de disposer d'un certain nombre de capacités sortant du cadre classique de celles demandées à l'ensemble de l'équipe : capacités pédagogiques, sociales, managériales et d'encadrement. Si l'exercice du tutorat permettra de les développer, il paraît nécessaire d'en posséder certaines bases, évaluables assez aisément : qualité de l'encadrement de stagiaires, intégration dans l'équipe de travail, facilités de communication, sens des responsabilités,…

Le tuteur doit également être suffisamment à l'aise dans la réalisation de ses activités quotidiennes pour faire preuve de disponibilité envers l'apprenant. De solides compétences organisationnelles paraissent ainsi fondamentales pour cette fonction.

Étant donné les capacités analytiques qui lui sont demandées, le tuteur doit faire preuve d'une grande réflexivité sur ses propres pratiques. Ceci lui permettra une analyse approfondie des pratiques de l'apprenant, mais lui permettra également, en parallèle, de réajuster ses méthodes pédagogiques et de s'inclure, lui aussi, dans une dynamique continue d'apprentissage.

Enfin, deux autres capacités paraissent essentielles à la pédagogie du tuteur : une « congruence cognitive », « capacité de s'exprimer dans un langage proche de celui des étudiants, en utilisant des concepts ou notions qui leur sont familiers », et une « congruence sociale », « volonté d'être perçu comme un étudiant parmi

2. Professeur, Department of Physiological Nursing, Université de Californie, États-Unis.

d'autres, à la recherche de relations informelles avec les tutorés » (21). Nous voyons ici toute la complexité d'une fonction demandant au tuteur de mettre en œuvre une pédagogie de proximité, tout en faisant preuve d'expertise et d'autorité.

7.2. Reconnaissance des compétences du tuteur par l'équipe de travail

Le rôle social du tuteur étant partie intégrante de ses fonctions, ses compétences doivent être reconnues par l'équipe de travail, si possible de manière pluridisciplinaire. Un consensus doit ainsi être trouvé sur leur désignation, tout en dépassant certains conflits interpersonnels que l'on ne pourra jamais éviter.

7.3. Positionnement hiérarchique du tuteur vis-à-vis du tutoré

Les avis d'experts divergent à ce propos. En effet, certains auteurs affirment qu'« il est indéniablement plus facile d'être responsable hiérarchique (…) car le pouvoir étant formalisé, il suppose l'acceptation des subordonnés » (11). Si tous reconnaissent que les tuteurs doivent ainsi faire preuve d'un certain « ascendant », voire d'« autorité », afin d'étayer leur pédagogie, d'autres auteurs déconseillent fortement le choix d'un responsable hiérarchique comme tuteur. En effet, ce positionnement demanderait une réelle « distinction entre accompagnement et commandement », « tuteur et contrôleur » (22). Par ailleurs, si le modèle entrepreneurial classique plaçait fréquemment d'anciens experts en position de supérieurs hiérarchiques, le contexte hospitalier, ainsi que l'évolution des missions de l'encadrement, s'en détache progressivement depuis plusieurs décennies.

7.4. Formation des tuteurs

L'ampleur des compétences citées ci-dessus pose bien évidemment la question de la formation des tuteurs, plus particulièrement en matière de pédagogie d'adultes et d'organisation des apprentissages. Si l'on ne peut éluder les problématiques budgétaires ou organisationnelles liées à cette question, il semble primordial de s'y pencher, en collaborant étroitement avec la Direction des Soins et les responsables de formation. *A minima*, les tuteurs devront faire l'objet d'entretiens réguliers préalables à leur prise de fonction, avec les cadres de santé et, si possible, d'autres collègues tuteurs.

7.5. Détachement du tuteur vis-à-vis du travail de terrain

Un certain consensus semble s'être constitué sur le fait que les tuteurs ne devraient pas faire l'objet d'un détachement complet de leurs activités de soins. En effet, ceci ne permettrait pas d'optimiser les apprentissages par observation, et risquerait d'induire la réalisation de séquences pédagogiques décontextualisées, là où l'analyse du contexte de réalisation des activités paraît primordiale.

7.6. Corrélation des profils entre tuteurs de stage et tuteurs des nouveaux arrivants

La mise en œuvre du nouveau référentiel de formation infirmier ayant fortement mobilisé les professionnels ces dernières années, dans un contexte proche de celui

du tutorat des nouveaux professionnels, nous pouvons légitimement nous poser la question de la pertinence du choix des mêmes tuteurs pour les étudiants et pour les nouveaux professionnels. Ceci permettrait à l'évidence de s'appuyer sur une expérience et des compétences pédagogiques certaines, étayées fréquemment par des formations ad hoc réalisées par les tuteurs. Il faudra néanmoins alors tenir compte, de manière très attentive, des spécificités du public, en matière de pédagogie et d'objectifs, qui divergent grandement en terme d'intégration sociale.

Il est incontestable que le choix des tuteurs relève de la responsabilité directe des cadres de santé. Il paraît néanmoins primordial que les critères choisis soient clairement transmis à l'ensemble de l'équipe, afin d'optimiser le positionnement et la légitimité des tuteurs, essentiels à l'exercice de leurs missions. En ce sens, établir une fiche de missions paraît une étape incontournable du processus de mise en place d'un tutorat, cette fiche pouvant s'appuyer sur un référentiel simplifié des compétences attendues du tuteur.

8. Outils de suivi et d'évaluation

Un tutorat construit ne peut se conceptualiser sans outils de suivi et d'évaluation. En premier lieu, avoir formalisé des procédures d'intégration communes à tout nouvel arrivant paraît essentiel. Ceci permettra d'assurer la continuité des actions mises en place initialement, tout en permettant une nécessaire personnalisation des parcours. Cette procédure pourra lister les étapes successives de la relation tutorale, en matière d'entretiens, de délais. Il peut également être utile de formaliser une « charte tutorale » **(11)** précisant de manière didactique, à destination de l'apprenant et des équipes, le cadre de la relation ainsi que ses objectifs.

Par ailleurs, des outils supports d'évaluation peuvent être construits, contribuant à la clarification des objectifs pour l'apprenant et le tuteur. Néanmoins, il est important que ces supports, prévus pour une autoévaluation servant de base à un entretien, restent simples et compréhensibles de tous, sous peine de non utilisation de la part des professionnels. Il sera également important qu'ils ne consistent pas en une simple liste de tâches ou activités à réaliser, qui ne prendrait pas en considération l'aspect contextuel et transférable des compétences. Les référentiels de compétences spécifiques peuvent ainsi servir de base à la création de ces outils. Une importance particulière sera attachée à la notion d'objectifs négociés avec l'apprenant. Afin d'aider le tuteur dans cette fonction d'évaluation, il pourra être utile de créer un guide d'entretien, rappelant les principales étapes de celui-ci, ainsi que les attitudes pédagogiques pertinentes : assertivité, pédagogie du questionnement,…

Par ailleurs, comme tout projet d'envergure, le dispositif mis en place doit être évalué afin de pouvoir être réajusté. Dès la phase de conceptualisation, il sera ainsi intéressant de réfléchir aux modalités d'évaluation et d'en construire les différents outils : évaluation du dispositif par les apprenants et les tuteurs (questionnaires, entretiens), suivi des tuteurs par le cadre de santé.

9. Freins et difficultés de mise en œuvre

Les dispositifs tutoraux ne sont pas exempts d'inconvénients ou de risques, qu'il faut prendre en compte durant toute la phase de construction et de mise en œuvre du projet :

9.1. Des problèmes de distance entre les partenaires

L'« effet d'annonce » d'un dispositif tutoral sur le tutoré peut induire une certaine distance dans la relation, distance « sociale » car « le tuteur se voit attribuer un rôle interdit à l'autre », mais aussi distance « cognitive », « compte tenu du fait que ces attributions de rôles se décident en fonction des compétences de chacun » (23). Ceci renforce l'importance à accorder à la communication autour du processus, vis-à-vis des équipes et des nouveaux arrivants.

9.2. Des problèmes de compétences et des dérives chez les tuteurs (23)

Étant donné la complexité des missions pédagogiques des tuteurs, les risques sont forts de se trouver confronté à des échecs pédagogiques liés aux compétences des tuteurs. Il sera ainsi primordial d'effectuer un suivi personnalisé de ces derniers, couplé à une évaluation du dispositif par les tutorés et les autres professionnels.

Par ailleurs, la relation tutorale, ainsi que les missions d'encadrement confiées aux tuteurs, peuvent provoquer chez certains une dérive relationnelle, mettant en jeu des mécanismes de pouvoir, et menant à un déséquilibre pédagogiquement stérile. On accordera ainsi un regard particulièrement attentif au vécu des tutorés, ainsi qu'à la « rencontre » tuteur-tutoré, puisque « c'est d'elle que viendront, ou ne viendront pas, les progrès des tutorés » (23).

9.3. Des problématiques organisationnelles

Enfin, et peut-être surtout, les obstacles à ce type de dispositifs viendront principalement du caractère chronophage de leur organisation, ainsi que des ajustements éventuels qu'ils demandent en terme d'organisation du temps de travail des tuteurs. Cette question constitue un point incontournable du dispositif. Une organisation qui ne serait pas prête à y consentir ne doit pas s'engager dans un pareil projet. Néanmoins, un grand nombre de ces obstacles présumés peut être facilement surmonté par un ajustement du dispositif à son contexte. La fonction tutorale a en effet pour elle une grande flexibilité, qui lui confère un caractère profondément adaptatif. Les organisations peu contraintes, qui peuvent se permettre de dégager de larges plages horaires dédiées aux échanges pédagogiques « hors soins », sont bien sûr un environnement favorable à l'implantation de tutorats organisés. Mais les organisations plus contraintes y trouvent une pédagogie reposant principalement sur les pratiques réelles de l'entreprise, peu chronophage car se développant au cours et au décours du travail. Ainsi, en guise d'exemple, les très fréquentes situations où, suite à un arrêt de travail inopiné, les professionnels en intégration sont contraints d'occuper seuls un poste de travail,

ne constituent pas un réel frein pédagogique. En faisant l'objet d'une analyse a posteriori menée par le tuteur, ces phases de travail peuvent au contraire constituer de réelles phases pédagogiques, particulièrement efficientes en terme d'apprentissages.

10. Conclusion

Mettre en place une organisation de type tutorat dans un service d'urgences paraît donc être une solution particulièrement adaptée aux besoins des nouveaux arrivants, au contexte hospitalier et aux nécessités des services en terme de qualité et de sécurité des soins. Cependant, ces dispositifs pédagogiques demandent une réflexion d'équipe de grande ampleur en amont, et un engagement de tous dans la démarche. Par ailleurs, la complexité de leur mise en œuvre exige la construction d'outils appropriés, un choix rigoureux des tuteurs, ainsi qu'un suivi précis de leur évolution. Ce n'est qu'à ce prix qu'un tutorat de qualité pourra se déployer, au bénéfice de l'ensemble des acteurs qui y seront impliqués.

Références

1. Barbier J.M. Tutorat et fonction tutorale : quelques entrées d'analyse. Recherche et formation, 1996 ; 22 : 7-19.
2. Dubar C., Tripier P. Sociologie des professions. 1re édition. Paris, Armand Colin, 1998 ; 250 p.
3. Gerard F., Steiner K., Zettelmeier W. Profils professionnels, formation et pratiques des tuteurs en entreprise en Allemagne, Autriche, Espagne et France. Rapport de synthèse. 1998 ; 46 p.
4. Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social (J.O. 5 mai 2004).
5. Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.
6. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier (J.O. 7 août 2009).
7. Langlois G. Le tutorat, visite guidée. L'infirmière magazine, 2007 ; 233 suppl : 7-11.
8. Farrugia F. Exclusion, mode d'emploi. Cahiers internationaux de sociologie, 1997 ; 102 : 30-35.
9. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Rapport 2006-2007. Synthèse générale. 2008 : 61 p.
10. Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris, Éditions d'Organisation 2010 ; 285 p.
11. Benoit C. La boîte à outils du tuteur formateur et intégrateur. La Plaine Saint-Denis, AFNOR Éditions 2010 ; 197 p.
12. Dore F., Mercier P. Les fondements de l'apprentissage et de la cognition. Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur 1992 ; 432 p.
13. Weber A., Malglaive G. Théorie et pratique, approche critique de l'alternance en pédagogie. Revue française de pédagogie, 1982 ; 61-1: 17-27.

14. Estryn-Béhar M., Van den Heijden B., Fry C. Le tutorat au service du mangement intergénérationnel. Soins Cadres, 2007 ; 63 suppl : 13-16.

15. Anzieu D., Martin J.Y. La dynamique des groupes restreints. 10e édition. Paris, Presses Universitaires de France 2007 ; 397 p.

16. Wittorski R. Évolution des compétences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutorat. Recherche et formation, 1996 ; 22 : 35-46.

17. Société Française de Médecine d'Urgence. Référentiel de compétences de l'infirmier(e) en Médecine d'Urgence. 2008 ; 65 p.

18. Société Française de Médecine d'Urgence. Référentiel de l'Infirmier Organisateur de l'Accueil. 2004 ; 47 p.

19. Marc E., Picard D. Relations et communications interpersonnelles. 2e édition. Paris, Dunod 2008 ; 117 p.

20. Benner P. De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. Paris, Masson 1995 ; 247 p.

21. Baudrit A. Le tutorat. Richesses d'une méthode pédagogique. 2e édition. Bruxelles, De Boeck Université 2007 ; 149 p.

22. Brizon H. L'intégration de nouveaux soignants : guide, suivi, évaluation. Paris, Masson 2002 ; 108 p.

23. Baudrit A. Tuteur : une place, des fonctions, un métier ? Paris, Presses Universitaires de France 1999 ; 150 p.